|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logo établissement |  No dossier : |  |  |
|  Nom, prénom à la naissance: |  |  |
|  Date de naissance : |  |  |
|  Nom et prénom de la mère : |  |  |
|  Nom et prénom du père : |  |  |
| **FICHE DE LA PERSONNE SI-SIV** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]  Évaluation****Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Inscription :** **[ ]  SI** **[ ]  SIV****Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Réinscription : [ ]  SI [ ]  SIV****Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Sexe : | [ ]  F | [ ]  M |
| **INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES** |
| Adresse : | RAMQ : |
| Ville : | Code postal : | Expiration : |
| Lieu de naissance : | **[ ]** Québec | **[ ]** Autre :  | État civil : |
| Numéro de téléphone : | Nom du conjoint : |
| Répondant : | Lien avec la personne utilisatrice: |
| Intervenant primaire : |
| Agent de la Sécurité du revenu : | Téléphone : |
| **INFORMATIONS MÉDICALES** |
| Diagnostic : |
| Toxicomanie : | [ ]  Non [ ]  Oui |
| Médecin de famille : | Téléphone :  |
| Psychiatre : | Téléphone : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |
| --- |
|  |
| **RÉSIDENCE OU SITUATION DE VIE** |
| [ ]  Famille | [ ]  RI | [ ]  RTF | [ ]  Hôpital | [ ]  Organisme communautaire |
| ***[ ]*** Logement : 🔾 Seul 🔾 Colocataire | [ ]  Maison de chambre | [ ]  Autre : |
| **ADMINISTRATION DES BIENS PAR UN TIERS** |
| [ ]  Non | [ ]  Oui : 🔾 Curatelle privée 🔾 Curatelle publique 🔾 Tutelle |
| Responsable : |  | Téléphone : |  |  |
|  |
| Date : |  | Signature de l’intervenant : |  |
|  |